

## TRIALOGI-SEMINAARI

Vuorovaikutustapahtuma mielenterveyskuntoutujille, omaisille, hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille

Marika Naaramo ja Marinetta Tammisalo

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Naaramo, Marika & Tammisalo, Marinetta. Trialogi-seminaari, Vuorovaikutustapahtuma mielenterveyskuntoutujille, omaisille, hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille. Diak, Helsinki, kevät 2017, 48s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyömme (produkti) tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yksittäinen Trialogi-seminaari. Kokosimme yhteen pienen joukon mielenterveyskuntoutujia, omaisia sekä hoitohenkilökuntaa ja opiskelijoita keskustelemaan avoimesti mielenterveyden ongelmista, perheiden osallisuudesta hoitoon ja vertaistuen merkityksestä kuntoutujille ja kuntoutujien omaisille.

Monesti mielenterveyskuntoutujille on tarjolla vertaistukea, kuin myös mielenterveyskuntoutujien omaisille. Trialogi- seminaari puolestaan kokoaa kaikki osapuolet yhteen ja näin osallistujat voivat tuoda esiin omia ajatuksiaan ja saada näin toisenlaista näkökulmaa asioihin toinen toisiltaan. Tavoitteenamme oli arvioida, olisiko tällaisella työmenetelmällä käyttöä mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisessa.

Arvioimme Trialogi-seminaaria toimintamallina mielenterveyskuntoutujien, omaisten ja hoitohenkilökunnan välisenä vuorovaikutustapahtumana puolistrukturoidun palautelomakkeen avulla.

Päädyimme opinnäytetyössämme lopputulokseen, että mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksessa vuorovaikutukselle on tarvetta eri osapuolten kesken. Kokemuksia eri näkökulmista voidaan jakaa omaiselta kuntoutujalle tai kuntoutujalta hoitajalle eli kaikkien osapuolten kesken. Trialogi-seminaaria työmenetelmänä voisi käyttää hyödyksi psykiatrisen osastohoidon loppuvaiheessa ennen kotiuttamista tai tuettuun asumiseen siirtymistä.

Asiasanat: Trialogi, mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, vertaistuki, kokemusasiantuntija, dialogi

## ABSTRACT

Naaramo, Marika & Tammissalo, Marinetta. A Trialogue-seminar, an interaction event for the mental rehabilitees, the family, the nurses and the students. Spring 2017. Pages 48. 2 appendices. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Degree Nurse.

The purpose of this thesis (production) was to plan and arrange a Trialogue-seminar, an interaction event for the mental rehabilitees, family, the nurses and the students. In a Trialogue-seminar we discussed about a treatment of a mental health, participation of families for a mental health treatment and a meaning of a peer support.

Usually there is a lot of peer support for a metal rehabilitees. For the family members, there is an own peer support groups. A Trialogue-seminar is an interaction event where all the participants can exchange their experience and have a different kind of view for the issue.

The purpose of this thesis was also evaluating the need of this kind of event for the mental rehabilitees.

As a method for the evaluation of the need of an interaction event we used a semi-structured feedback enquiry. After we had arranged the Trialogue -seminar, we gave the feedback enquiry for the participants.

Results of our thesis was that we found out there is a need for this kind of interaction event among the mental rehabilitees, the family and the nurses. It would be important that the mental rehabilitees, family members and nurses could exchange their experiences and views to each other. Our conclusion was that by sharing experience between different participants, mental rehabilitees could use this kind of method in a psychiatric rehab ward before going home or to a supported apartment.

Key words: Trialogue, mental health, mental rehabilitee, peer support, experts by experience, dialogue

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 MIELENTERVEYS .....	8
2.1 Mitä on mielenterveys? .....	8
2.2 Yleisimpiä mielenterveysongelmia .....	9
2.3 Tukea mielenterveysongelmiin .....	10
3. MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ELÄMÄÄ .....	13
3.1 Mielenterveyskuntoutujan arki ja haasteet .....	13
3.2. Mielenterveyskuntoutuminen prosessina .....	14
4 VUOROVAIKUTUKSEN TÄRKEYS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ .....	15
4.1 Dialogi .....	15
4.2 Kokemusasiantuntija .....	16
4.3 Vertaistuki .....	17
5 TRIALOGI TYÖMENETELMÄNÄ .....	20
5.1 Trialogi .....	20
5.2. Trialogin tavoitteet ja käytäntö .....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	24
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	24
6.2 Tavoitteet ja tarkoitus .....	25
6.3 Kohderyhmä .....	26
6.4 Suunnittelu ja toteutus .....	27
6.5 Palaute seminaarista .....	30
7 POHDINTA .....	35
7.1 Opinnäytetyön pohdinta .....	35
7.2 Ammatillinen kasvu .....	38
LÄHTEET .....	41
LIITE 1 Kutsu Trialogi-seminaariin .....	46

LIITE 2 Palautekysely .....	47
-----------------------------	----

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys voidaan ajatella voimavarana, jonka avulla ihminen elää tasapainoista elämää. Voimavarat saattavat kuitenkin vaihdella riippuen ihmisen elämäntilanteesta. Mielenterveystyössä keskeisiin periaatteisiin kuuluvat muun muassa nopea avun järjestäminen sekä perheen ja verkoston osallistuminen avointa dialogisuutta unohtamatta (Haarakangas 2011, 215). Mielenterveyskuntoutujan oikeuksia ja asemaa tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Laki asettaa mielenterveyskuntoutajat tasa-arvoiseen ja yhdenvertaiseen asemaan muiden kanssa. (Manninen 1999, 86–87.) Silti mielenterveyden ongelmia kokeva saattaa kohdata ennakkoluuloja, syrjintää ja tietämättömyyttä sairauttaan kohtaan tai vähätellä ja hävetä omaa sairauttaan.

Trialogi-seminaaria menetelmänä alettiin kehittää Länsi-Saksassa 1970-luvulla psykiatrisessa hoitotyössä, koska koettiin, että potilas jää usein ulkopuoliseksi ammattilaisten määrittellessä kaikesta yksilön sairauteen liittyvästä. Menetelmää kehitettäessä ymmärrettiin, että yksilön omat kokemukset, näkemykset ja tieto sairaudesta ovat erittäin tärkeässä roolissa. (Karvinen & Laine 2015.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yksittäinen Trialogi-seminaari. Kokosimme yhteen pienen joukon mielenterveyskuntoutujia, omaisia sekä alan ammattilaisia ja opiskelijoita keskustelemaan avoimesti mielenterveyden hoidosta, perheiden osallisuudesta hoitoon ja vertaistuen merkityksestä kuntoutujille ja omaisille. Yhteistyössä mukana olivat FinFami Uusimaa ry- Omaiset mielenterveydentukena, Mielenterveyden keskusliitto, KoKoA eli Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry, Mieli maasta ry sekä yksittäisiä hoitoalan ammattilaisia.

Idea opinnäytetyöhön syntyi, kun osallistuimme samalla periaatteella koulumme järjestämään Trialogi-seminaariin, joka oli tarkoitettu pitkäaikaissairaille. Ajattelimme, että tulevana hoitoalan ammattilaisina psykiatrian kentällä oppisimme uusia näkemyksiä mielenterveyden ongelmista ja niiden hoitamisesta mielenterveyskuntoutujien, mielenterveyskuntoutujien omaisten ja jo työelämässä työskentelevien ammattilaisten omien kokemusten perusteella. Tavoitteenamme oli

arvioida, olisiko tällaisella työmenetelmällä käyttöä mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisessa. Halusimme myös tarjota Trialogi-seminaarin muodossa mielenterveyskuntoutujille sekä mielenterveyskuntoutujien omaisille voimaannuttavan ja eheyttävän kokemuksen sekä antaa kaikille mahdollisuuden tulla kuulluksi oman elämänsä asiantuntijoina.

Järjestimme Trialogi-seminaarin koulumme tiloissa 27.9.2016. Aikaa seminaarille oli varattu kaksi tuntia. Keskustelun aiheina olivat mielenterveyden hoito sekä omaisten ja läheisten osallisuus hoitoon. Toisena aiheenamme oli vertaistuen merkitys kuntoutujalle ja läheisille. Keskustelu oli avointa ja runsasta. Seminaarin jälkeen pyysimme osallistujia täyttämään palautekyselyt tapahtumasta. Kyselyiden avulla arvioimme tapahtumaa. Osa seminaariin osallistuneista ihmisistä jäi vielä tilaisuuden loputtua keskustelemaan siihen liittyvistä asioista.

Päädyimme opinnäytetyössämme siihen lopputulokseen, että mielenterveyden kuntoutuksessa vuorovaikutukselle on tarvetta eri osapuolten kesken. Kokemuksia eri näkökulmista voidaan jakaa omaiselta kuntoutujalle tai kuntoutujalta hoitajalle eli kaikkien osapuolten kesken. Trialogi-seminaria työmenetelmänä voisi käyttää hyödyksi psykiatrisessa kuntoutustyössä psykoedukaation tavoin. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan erilaisia hoidollisia toimia, joiden ensisijaisena tavoitteena on jakaa tietoa potilaiden sairaudesta sekä potilaille että heidän omaisilleen ja siten parantaa ymmärrystä sairaudentilasta (Käypä hoito -suositus 2013).

## 2 MIELENTERVEYS

### 2.1 Mitä on mielenterveys?

Ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perustana voidaan pitää mielen hyvinvointia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Ihminen voi psyykkisesti hyvin, kun hänen mielensä on sisäisesti ehjä ja tasapainoinen sekä sopusoinnussa ulkoisen maailman kanssa (Haarakangas 2011, 173). Mielenterveys muovaantuu koko elämän ajan kasvun ja kehityksen mukana. Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista vaan mielen hyvää vointia ja ihmisen kykyä selviytyä arjessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys mahdollistaa yksilön kyvyn luoda ihmissuhteita ja välittää toisista, taidon ilmaista omia tunteita, kyvyn tehdä työtä sekä ajoittaisen ahdistuksen ja hallinnan menetyksen sietämisen omassa elämässä tapahtuvien muutosten hyväksymiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Mielenterveyden voimavarat lisääntyvät ja vahvistuvat suotuisissa olosuhteissa ja epäsuotuisissa olosuhteissa ne voivat vähentyä enemmän kuin uusiutua. Mielen hyvinvointiin vaikuttavat yksilölliset tekijät kuten identiteetti, sopeutumiskyky ja itseluottamus. Sosiaalisista ja vuorovaikutuksellisista tekijöistä perheellä, työllä ja koulun muodostamilla yhteisöllä on omat vaikutuksensa yksilön mielenterveyteen. Lisäksi oma vaikutuksensa on yhteiskunnan rakenteellisilla tekijöillä; palveluilla ja yhteiskuntapolitiikalla, kulttuurisilla tekijöillä; vallitsevilla yhteiskunnallisilla arvoilla ja mielenterveyden sosiaalisilla kriteereillä sekä biologisilla tekijöillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)



## 2.2 Yleisimpiä mielenterveysongelmia

Tässä kappaleessa kerromme muutamista yleisimmistä mielenterveyden ongelmista ja niiden esiintyvyyksistä. Ajatuksemme mukaan, muun muassa näitä mielenterveysongelmia kokevat voisivat hyötyä Trialogi-seminaarin annista.

Masennus on tavallisimpia mielenterveyshäiriöitä Suomessa. Sitä esiintyy noin 5 %:lla Suomen väestöstä. Masennuksessa ihminen kärsii univaikeuksista ja mielenkiinnon puutteesta lähes kaikkia asioita kohtaan ja usein ruokahaluttomuus on masennuksen oire. Masennus on merkittävä osatekijä itsemurhissa. (Käypä hoito-suositus 2016.)

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireita ovat muun muassa ahdistus, unihäiriöt ja huoli, jatkuvana yli kuuden kuukauden ajan. Sen esiintyvyys on noin 5 % ja noin 25 % sairastuneista kokee kärsivänsä siitä läpi elämänsä. (Huttunen 2015.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyys Suomessa on noin 1,2% aikuisväestöstä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ihmisen mielialat vaihtelevat aina syvästä masennuksesta, vauhdikkaaseen maniavaiheeseen. Sairaudessa voi esiintyä myös psykoottista maniaa, jolloin ihmisen todellisuudentaju vääristyy. Masennusjakson oireita on monia ja tässä niistä muutamia: masennus, univaikeudet, ruokahaluttomuus sekä itsetuhoiset ajatukset. Maniavaiheessa on myös monia oireita kuten vuolas puhe, suuruusharhat, edesvastuuton toiminta esimerkiksi rahan tai ihmissuhteiden rintamalla. (Hietaharju & Nuutila 2010, 46–49.)

Persoonallisuushäiriöt heikentävät sairastuneen toimintakykyä. Persoonallisuushäiriöiden oireita on monenlaisia ja niistä tyypillisimpiä ovat heikko itsetunto, vaikeudet säädellä omaa käyttäytymistään, vuorovaikutussuhteiden vaikeudet sekä tunne-elämän ailahtelevaisuus. Yksi persoonallisuushäiriöiden muodoista on epävakaa persoonallisuushäiriö. Epävakaa persoonallisuushäiriön esiintyvyys noin 0,6 % väestöstä. (Käypä hoito-suositus 2015a.)

Skitsofrenian esiintyvyys koko väestössä on 0,5-1,5 %. Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot. Negatiivisia oireita ovat tunteiden ja puheen vähäisyys sekä kognitiiviset puutosoireet ja näihin voi liittyä ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta. (Käypä hoitosuositus 2015b.)

Käytämme työssämme henkilöistä, joilla on tai on ollut mielenterveyden ongelmia, käsitettä mielenterveyskuntoutuja. Mielenterveyskuntoutuja viittaa henkilöön, jonka sairaus on hallinnassa ja hän on toipumassa (Mielenterveyden keskusliitto 2016). Mielenterveyskuntoutujan läheisistä ja perheestä käytämme työssämme käsitettä mielenterveyskuntoutujan omaiset.

### 2.3 Tukea mielenterveysongelmiin

Jokainen ihminen voi elämänsä aikana joutua tilanteeseen, jossa hän kokee psyykkisen avun tarvetta. Vaikka mielenterveysongelmat ovat yleisiä kaikissa kulttuureissa, psyykkiset sairaudet koetaan helposti asioina, joista ei omalla kohdalla haluta puhua, häpeän, syyllisyyden tai huonommuuden tunteen takia. Stigma eli leima viittaa stigman kantajien oletettuun moraalisen alemmuuteen, epänormaalisuuteen tai häpeään. Mielenterveyden ongelmien ja psykiatriin potilaisiin liittyvän stigman vähentämiseksi tulisi terveydenhuollon ja psykiatrian hoitohenkilökunnan työskennellä yhdessä potilasjärjestöjen kanssa. Psykiatrian asiantuntijoiden ja hoitohenkilökunnan yksi tärkeimmistä tehtävistä on poistaa ennakkoluuloja ja omalla toiminnallaan edistää humanin ja tasa-arvoisen hoitokulttuurin muodostumista psykiatrian kentällä. (Haarakangas 2011, 179–180, 182.)

Mielenterveyslaissa (1990/1116) mainitaan, että mielenterveyspalvelut kuuluvat kaikille lääketieteellisesti perusteltuna sairautensa tai häiriönsä vuoksi niitä tarvitseville. Kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää palvelut tarpeen mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaavat mielenterveystyön suunnittelusta yleisellä tasolla, aluehallintovirasto vastaa suunnittelusta omalla alueellaan.

Riskiryhmien osallisuutta, hyvinvointia ja terveyden toteutumisen mahdollisuuksia lisäämällä pyritään kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja. Asiakkaan tyytyväisyyden saamaansa terveystalveta kohtaan voidaan katsoa koostuvan useista eri osatekijästä, joista osa liittyy fyysiseen ympäristöön ja osa ihmisten välisiin suhteisiin. Tutkimusten mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa ammatilliseen ja tekniseen terveystalveta, mutta parantamisen varaa olisi juurikin asiantuntijoiden vuorovaikutuksessa. (Karvinen 2012, 16.)

Toisaalta myös mielenterveystalvetaiden omaisilla noin 60:lla prosentilla esiintyy psyykkisen kuormittuneisuuden oireita, kuten esimerkiksi unettomuutta ja ahdistuneisuutta ja 40 prosenttia kärsii hoitoa vaativasta masennuksesta (Koponen ym. 2011, 139). Koposen ym. tutkimuksen mukaan (2011, 140) sosiaali- ja terveystalvetaissa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota mielenterveystalvetaiden omaisten mahdollisuudesta kertoa omasta tilanteesta, jolloin olisi myös mahdollista arvioida läheisten kuormittuneisuuden tasoa.

Sekä mielenterveystalvetautujille, että heidän omaisilleen on olemassa erilaisia yhdistyksiä, joiden puoleen voi kääntyä apua tarvittaessa. Näistä yhdistyksistä yhteistyökumppaneinamme toimivat seuraavaksi mainitut tahot.

FinFami Uusimaa Ry–omaiset mielenterveyden tukena on vertaistukiyhdistys, joka on tarkoitettu psyykkisesti sairastuneiden omaisille. Yhdistyksen toiminnan tavoitteena on tukea monipuolisesti eri elämäntilanteissa olevien ja eri-ikäisten omaisten hyvinvointia. Yhdistys tarjoaa omaisille yksilö- ja perhetapaamisia, luentoja, kursseja, ryhmiä ja virkistystoimintaa (FinFami Uusimaa ry – Omaiset mielenterveyden tukena 2016.)

Mielenterveyden keskusliitto valvoo ja ajaa mielenterveystalvetaiden, mielenterveystalvetautujien ja heidän omaistensa etuja yhteiskunnassa ja lisäksi toimii asiantuntijana heitä koskevissa kysymyksissä ja kehittää tarvittavia palveluja. Toiminnassa yhdistyvät ammatillisuus ja kokemusasiantuntijuus ja keskeisessä roolissa näyttäytyvät vapaaehtoisuus ja vertaistuki. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

KoKoA eli Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry:n keskeisiin tehtäviin kuuluvat kokemusasiantuntijatoiminnan edistäminen ja tunnetuksi tekeminen, asenteisiin vaikuttaminen, sekä asiakkaiden osallisuuden lisääminen. KoKoA ry pyrkii tuomaan kokemusasiantuntijuuden osaksi sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnittelua, kehittämistä, toteuttamista ja arviointia. Lisäksi yhdistys pyrkii yhteistyöhön kunnallisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa, sekä edistää kokemusasiantuntijatoiminnan verkostoitumista ja pyrkii kokemusasiantuntijoiden monipuoliseen tukemiseen. KoKoA ry välittää myös kokemusasiantuntijoita erilaisiin tehtäviin. (KoKoA Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry 2016.)

Mieli Maasta ry:n toiminta perustuu vertaisryhmiin ja tämän valtakunnallisen yhdistyksen tarkoituksena on tukea masennukseen sairastuneita ja heidän omaisiinsa, sekä vaikuttaa yhteiskunnassa masennusta ehkäisevästi. Mukaan yhdistyksen toimintaan voi tulla kuka tahansa, joka on kiinnostunut omasta tai läheisensä jaksamisesta ja avoimiin ryhmiin pääsee mukaan saapumalla paikalle ryhmän kokoontumisaikana. Keskeistä yhdistyksen toiminnassa on omien tunteiden kohtaaminen ja kokemusten jakaminen yhdenvertaisena muiden kanssa. Mieli Maasta ry:n toiminta on luottamuksellista ja säännöllistä. (Mieli Maasta ry 2016.)

Mielenterveyskuntoutujille on tarjolla paljon muitakin hoitomuotoja sekä tukia. Niistä muutamia mainitaksemme, erilaisiin tarpeisiin räätälöidyt tuetut asumispalvelut, lääkinnälliset hoidot, päivätoiminta, työtoiminta, osastojaksot sekä avohoidon palvelut. Näiden palvelujen tarpeellisuus määritellään kuntoutujan tarpeen mukaan. Määrittelyyn vaikuttaa kuntoutujan omat toiveet sekä hänen sen hetkinen sairauden tila.

### 3. MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ELÄMÄÄ

#### 3.1 Mielenterveyskuntoutujan arki ja haasteet

Leena Kärras:

Makaan sängyssä. En jaksa nousta. Mikään ei kiinnosta minua. Väsyttää. Haluan vain nukkua. En halua elää. En halua tehdä mitään. Itken. Päätä särkee. Selkää särkee. Vatsa on kipeä. Ajatuskin siitä, että minun pitäisi tehdä jotakin, tuntuu ylitsepääsemättömältä. Vastenmieliseltä. Mietin syöpää. Rintaa painaa. Mietin sydäntä. Vatsaa vääntää. Mahatautiko? Oksettaakin, kurkkua kuristaa. Makaan sängyssä. En halua nousta. En voi nousta! Lapsi haluaa ruokaa. Päätä särkee. Miten ikinä voin nousta...mennä kauppaan, laittaa ruokaa, tiskata...eeeeih...  
(Lemberg 2012, 110).

Mielenterveyden järkkymistä voidaan elämänmuutoksena rinnastaa fyysisen sairauden puhkeamiseen. Esimerkiksi masentunut ihminen voi olla niin uupunut ja väsynyt, ettei jaksa enää mitään, eikä näe toivoa missään. Lisäksi ihmissuhteet, liikkumattomuus, syömättömyys, rahattomuus, fyysinen kipuilu, jatkuva läheisten ja avunantajien tarkkailusta johtuva paine, epätietoisuus omaan elämään liittyvistä asioista, byrokraattiset haasteet, luopuminen itselle tärkeistä asioista, kokemus oman elämän hallinnan menetyksestä, luovat arjesta haasteellisen selviytyä. Monille diagnoosin saaminen voi olla helpotus, mutta diagnoosin sovittaminen omaan minäkuvaan vaatii työstämistä. Jotta mielenterveyskuntoutuja voi kuntoutua ja parantua, edellytyksenä voidaan pitää, että itse kuntoutujalla on tarve kuntoutukseen ja hän on valmis siihen. Kukaan muu, ei voi ottaa ensimmäistä askelta, kuin kuntoutuja itse. Osana mielenterveyskuntoutujan toipumiseen kuuluu minäkuvan luominen, jossa psyykinen häiriö on vain yksi osa minuutta. (Hänninen 2009, 18, 20, 22; Lemberg 2012, 113, 129.)

### 3.2. Mielenterveyskuntoutuminen prosessina

Mielenterveyden ongelmista toipuminen, kuntoutuminen, on syvällinen ja ainutlaatuinen muutosprosessi. Diagnoosin kanssa on opittava elämään ja vaikka tärkeää onkin sulattaa diagnoosi osaksi minäkuva, olennaisempaa on rakentaa minäkuva sellaiseksi, että mielenterveysdiagnoosi on vain osa minäkuva. On päiviä, jolloin kuntoutuja kokee tulevaisuuden toiveikkaana, mutta on myös päiviä, jolloin hän tuntee itsensä täydellisen epäonnistuneeksi. Matka on usein työläs ja monivaiheinen ja lisäksi palvelujärjestelmä on pirstaleinen, työntekijät vaihtuvat ja pitkäkestoiset auttamissuhteet ovat vaikeasti toteutettavissa. Kuntoutumisprosessissa kuntoutuja prosessoi omaa suhdettaan kokemuksiinsa, saatavilla oleviin tukiin ja lähiympäristöönsä. Omaa suhtautumistaan kokemuksiinsa kuntoutuja voi rakentaa uudelleen, vaikkakaan kokemuksiaan hän ei voi muuttaa tai elää uudelleen. (Hänninen 2009, 23; Lemberg 2012, 127; Hietanen & Lemberg 2012, 27.) Kuntoutuminen ei siis poista vastoinkäymisiä, vaan se on elämistä arjessa. Kuntoutujalla tulee olla aktiivinen rooli omassa eheytymisprosessissaan. Kuntoutumista vie eteenpäin se, että kuntoutuminen tapahtuu henkilön omien voimavarojen mukaan hänen omien tavoitteiden suuntaan. Osana kuntoutumista kuuluu oman elämän, opintojen tai työhön paluun esteiden tiedostaminen ja työstäminen. Vasta kun kuntoutuja tiedostaa ja sanoittaa nämä esteensä, voi hän työstää asiat keskustelemalla. Vertaisuuden avulla kuntoutuja puolestaan pystyy peilaamaan omia kokemuksiaan vertaisensa kokemuksiin. (Hietanen & Lemberg 2012, 25.)

## 4 VUOROVAIKUTUKSEN TÄRKEYS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

### 4.1 Dialogi

1980-luvun puolivälistä alkaen alettiin Suomessa kehittää perhe- ja verkostokeskeistä mielenterveyshoidon toteuttamisen mallia. Avoimen dialogin taustalta löytyy Torniossa sijaitsevan Keroputaan sairaalassa tehty kehitystyö. Tässä avoimen dialogin hoitomallissa merkittävässä roolissa näyttäytyy hoitokokoukset. Hoitomallissa potilaalla on mahdollisuus kahdenkeskisiin keskusteluihin terapeutin kanssa, mutta lähtökohtaisesti potilas nähdään osana perhettään ja lähi-verkostoaan. Avoimen dialogin mallissa potilas, omaiset/verkosto ja hoitajat/terapeutit keskustelevat hoitokokouksessa ilman ennakoivaa valmistelua, vastavuorossa prosessissa. Ammattilaiset eivät ensin kokoonnu valmistelevaan hoitokokoukseen vaan perhe otetaan mukaan kokouksiin riippumatta siitä, onko olemassa jokin indikaatio varsinaiselle perheterapialle. Potilaan läheisten ajatusten ja tunteiden kuuleminen sekä osallistuminen hoitokokouksiin ovat merkityksellistä terapeutin ymmärryksen syntymisen sekä myös perheenjäsenten oman jaksamisen kannalta. (Haarakangas 2011, 215, 217; Seikkula & Haarakangas 1999, 176, Seikkula & Arnkil 2005, 21.)

Aktiivinen dialogisuus edellyttää avoimuutta toisen näkökannalle sekä avautumista toisille kertomalla omista ajatuksistaan. Dialogi perustuu kahden tai useamman ihmisen vastavuoroiseen toimintaan, jossa osapuolet vuorottelevat puhujan ja kuuntelijan roolissa. Keskustelun osapuolilta vaaditaan joustavuutta ja avointa mieltä sekä pohdiskelevaa ja kyselevää asennetta. (Haarakangas 1999, 188–189.) Ammattiauttajilta dialogisuus edellyttää ammattitaitoa, kykyä kuunnella ja seurata potilaan ja perheen kieltä sellaisenaan. Keskustelussa voidaan esimerkiksi toistaa sanasta sanaan, mitä potilas on sanonut ja näin potilas voi kuulla omia kokemuksiaan ulkopuolisen sanoittamana ja kuulla asian uudella tavalla ja löytää kokemuksilleen uusia merkityksiä. Dialogisuudella tavoitellaan uuden ymmärryksen saavuttamista, joka muodostaa perustan myöhemmälle ajattelulle ja toiminnalle. (Seikkula & Arnkil 2005, 52, 82.)

Oman kokemuksemme mukaan mielenterveyskuntoutujat sekä heidän läheisensä, kaipaavat dialogisuutta hoidossa. Ihmisellä on tarve käsitellä vaikeita asioita elämässään. Tällöin hoitajan on hyvä valita keskustelulle rauhallinen paikka, jossa häiriötekijöitä ei keskustelun aikana tule. Hoitajan on hyvä pystyä samaistumaan mielenterveyskuntoutujien sekä läheisten tilanteeseen ja täten ymmärtää heidän näkökantansa ja toiveet hoitoon.

#### 4.2 Kokemusasiantuntija

Hoitotieteessä erotellaan nykyään neljä eri tiedon lajia: kokemuksellinen tieto, intuitiivinen tieto, kehittämistoiminnasta saatu tieto ja tieteellinen tieto. Kokemuksellinen tieto ei välttämättä perustu tieteellisiin menetelmiin, jolloin sen dokumentointi ei ole tavallisesti systemaattista. Kokemuksellinen tieto karttuu käytännön toiminnan mukana. Se on tietoa, jossa korostuu yksilön omat kokemukset ja nämä kokemukset ovat osoittautuneet päteviksi. (Eriksson ym. 2012, 21.)

Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta asiasta, tapahtumasta tai sairaudesta, mistä hän puhuu tai kirjoittaa. Kokemusasiantuntija voi työskennellä ammattilaisten kanssa yhdessä ja heidän tukena. Kokemusasiantuntijoiden voidaan sanoa täydentävän ammattilaisten työtä ja avaavan näkökulmia. Kokemusasiantuntijat voivat toimia monissa erilaisissa työnkuvissa, kuten kokemusasiantuntijuuden kehitystehtävissä, tiedottajan roolissa, ryhmänohjaajina, tukihenkilöinä, vertaisneuvojina ja kokemusarvioijina. (Hietala & Rissanen 2015, 19–28.)

Yhdistämällä ammatillista ja kokemuksen kautta tullutta tietoa saadaan aikaan tarkoituksenmukaisempia ja toimivampia palvelukokonaisuuksia, jossa parhaimmillaan yhdistyy itsehoidon, ammatillisen hoidon ja vertaistoiminnan eri muodot. Kokemusasiantuntijatoiminta itsessään on osallistavaa sekä voimaannuttavaa ja sen myönteiset vaikutukset perustuvat omakohtaisen kokemuksen ja asiantuntijuuden arvostamiseen. Lisäksi kokemusasiantuntijuuden myönteisiä vaikutuksia ovat päätöksentekoprosessiin osallistuminen, toimintamahdollisuudet, vertaistuki



sekä mahdollisuus saada vaikeille kokemuksille merkitys. (Falk, Kurki, Rissanen, Kankaanpää & Sinkkonen 2013, 3; Rissanen 2015, 122–123.)

Kokemustiedon avulla voidaan avata mielen sairastumisesta ikkuna määritelmien ja diagnoosien taakse. Kokemustieto lisää yleistä tietoutta mielenterveyden häiriöistä ja antaa välineitä tunnistaa niihin liittyviä oireita itsessämme ja muissa ihmisissä. Kokemusasiantuntijatoiminnassa pyritäänkin yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen ja vaikeat elämäkokemukset halutaan hyödyntää ja samalla kehitetään palvelujärjestelmää tuomalla kokemustietoa esille. (Hankkila 2012, 11.)

Oman kokemuksemme mukaan, kokemusasiantuntijuus pitäisi ottaa vahvasti huomioon hoidossa, koska kukaan muu kuin itse potilas, ei varmuudella tiedä ja tunne sairauttaan ja sen oireita niin hyvin. Mielenterveyskuntoutujan kokemusasiantuntijuutta voisikin verrata somaattisen puolen kivun hoitoon, koska kipua ei voi kukaan muu määritellä niin hyvin kuin sen kokija. Sekä mielenterveysongelmia että kipua voi hoitaja mitata tai määritellä, mutta se perustuu hyvin pitkälti potilaan omaan näkemykseen ja sanoitukseen.

#### 4.3 Vertaistuki

Vertaistuella tarkoitetaan omaehtoista ja yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää jokin kohtalonyhteys, joka edellyttää tavallista enemmän sosiaalista tukea ja jonka yhteiskunta määrittelee poikkeavaksi (Koponen ym. 2011, 140). Vertaistoimintaa on ollut kauan, ennen se vaan kiteytyi lähinnä perheen tai kyläyhteisön muotoon, jossa ihmiset elivät toinen toistaan tukien. 1940-luvulla Suomeen rantautui AA-ryhmät ja pian niiden jälkeen Klubitalot. Näiden vertaisryhmien jäsenet ymmärsivät yhteen hiileen puhaltamisen kantavan voiman. Vertaisryhmien jäsenet ymmärsivät, että tukea sairauteen on hyvä saada muutoinkin kuin vain lääkkeillä ja sairaalan osastohoidolla. Heidän ajatuksenaan on ollut tukea toisiaan muuttuneissa elämäntilanteissa kuten syrjäytymisessä, taloudellisissa muutoksissa ja työttömyydessä. Näihin ajatuksiin pohjautuu nykyäänkin vertaistuen antaminen. (Laimio & Karnell 2010, 10.)

Sosiaalisen tuen vaikutusta sairastavuuteen on tutkittu paljon. Vertaistukiryhmissä yksilö voi tulla hyväksytyksi omana itsenään ja ryhmään kuulumisen liittää yksilön johonkin itseään suurempaan kokonaisuuteen. (Rissanen 2015, 117–118.) Kertoessaan omaa tarinaansa tai kokemustansa, kuntoutuja ikään kuin rakentaa omaa elämäänsä. Tarinoiden ja ajatusten vaihtaminen ja muiden kokemusten kuuleminen voivat avata kertojan näkemään oman tarinansa eri näkökulmasta. Hän saattaa sitä kautta eheyttää elämäänsä ja luoda toisiin sosiaalisia kontakteja, jotka saattavat sairastumisen vuoksi olla muuten kovin vähäisiä. (Hietanen & Lemberg 2012, 39.) Tärkeää vertaisten kohtaamisessa on kokemus ymmärtämisestä ja ymmärretyksi tulemisesta. Vertaistuen tarve liitetään usein tilanteisiin, jossa ystävien, sukulaisten tai ammattiauttajien antama apu ja tuki eivät riitä, koska heiltä puuttuu vertaisen omakohtainen kokemus. Toisinaan kokemusten samankaltaisuutta pidetään jopa ymmärtämisen edellytyksenä. Monelle toisen samaa kokeneen kohtaaminen voi vaikuttaa merkittävästi kuntoutumiseen ja vertaistukea pidetäänkin joskus tärkeimpänä tuen muotona mielenterveyskuntoutujalle. Vertaistukeen kuuluu kuitenkin tärkeänä osana omaehtoisuus, vain ihminen itse voi valita ja muuttaa ajattelutapojaan ja elämänsä suuntaa. (Rissanen 2015, 114–115.)

Vertaistukea on monenlaista. Sairastuneiden läheisten vertaistuki on tärkeää, mutta usein vielä kehittymätöntä. Mielenterveyskuntoutujan omaiset häpeävät usein sairastumista ja välttelevät siitä puhumista. Läheisen mielenterveysongelmista kerrotaan vain muutamalle valitulle henkilölle. Läheisen sairastuminen saattaa myös saada omaiset sairastumaan. He uupuvat ja masentuvat kun läheisen sairaus rajoittaa heidänkin elämää. Omaisille suunnatuissa etujärjestöissä keskeisenä tukimuotona on vertaisryhmätoiminnan järjestäminen. (Koponen ym. 2011, 139–140.)

Vertaisryhmissä luottamuksellisuus on tärkeää ja ilmapiiriin tulee olla vapautunut, jolloin puhuminen on helppoa. Vertaiset toimivat selviytymistä edistävinä roolimalleina toisilleen ja kokemusten jakaminen vahvistaa vertaisten kykyä selvittää

vaikeista elämäntilanteista (Rissanen 2015, 114.) Usein vertaistuki kuvataan hyvinvoinnin malliksi, ennemminkin kuin että vertaistuki olisi sairauden malli oireineen ja ongelmineen. Vertaistuki on parhaimmillaan tukea, joka keskittyy vahvuuksiin ja toipumisen positiivisiin puoliin. Tällaisessa tapauksessa vertaistuki on tehokasta ja tukea antavaa. Vertaistuki voidaan määritellä sosiaalisesti emotionaaliseksi tueksi, joka tarjoaa samanlaisessa mielenterveyden tilassa olevalle henkilölle kaivattua sosiaalista tai henkilökohtaista muutosta. (Repper & Carter 2011, 394–395.)

## 5 TRIALOGI TYÖMENETELMÄNÄ

### 5.1 Trialogi

Trialogilla tarkoitetaan terveydenhuollon vuorovaikutuksellista menetelmää, jonka teoreettiset perusteet liittyvät terveydenedistämisen salutogeeniseen lähestymistapaan. Salutogeneesillä tarkoitetaan Aaron Antonovskyn (1923–1994) kehittämää teoriaa ihmisen terveyteen ja sairastumiseen vaikuttavista tekijöistä. Terveys sosiologi Aaron Antonovskyn salutogeenisen teorian mukaan vahva koherenssintunne ehkäisee terveyttä kuormittavan stressitilan syntyä. Salutogeneesiä voidaan pitää syynä sille, että jotkut ihmiset voimakkaasta kuormittuneisuudesta huolimatta eivät sairastu. Salutogeenisessä ajattelussa ydinajatuksena on keskittyminen ihmisen voimavaroihin ja mahdollisuuksiin, riskien ja sairauksien sijasta eli ajattelutavassa tähdätään yksilön voimavarojen löytämiseen ja hyödyntämiseen hyvinvoinnin edistämiseksi. Salutogeeninen teoria koherenssintunteesta pyrkii kuvaamaan ihmisen kykyä selviytyä sekä tuntea elämänsä mielekkääksi ja hallittavaksi. (Karvinen 2012, 16–17; Vuorinen 2012, 2.)

Trialogi-seminaarin juuret sijoittuvat 1970-luvun Länsi-Saksaan. Psykiatrisessa hoitotyössä koettiin, että potilas jää usein ulkopuoliseksi ammattilaisten määritelmässä kaikesta yksilön sairauteen liittyvästä. Trialogi-seminaaria menetelmänä kehitettäessä alettiin ymmärtää, että yksilön omat kokemukset, näkemykset ja tieto sairaudesta ovat merkittävässä roolissa. Hoidon perusteena ajateltiin olevan psyykkisesti sairaan potilaan sekä hänen omaistensa kokemukset ja tarpeet. Trialogi-seminaarin yksi tärkeimmistä tavoitteista onkin asianosaisten ja omaisten oikeus saada oma äänensä kuuluviin sekä oikeus päättää omasta elämästään. Lisäksi Trialogi-seminaarissa pyritään tasa-arvoisessa ilmapiirissä tapahtuvaan ihmisten väliseen kokemusten ja tunteiden vaihtoon. (Karvinen & Laine 2015.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että hoidon pitää tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tässä laissa tulee esiin kunnioitus potilaan omaa tahtoa kohtaan, niin kauan, kun potilas on päätöskykyinen. Päätöskykyyn saattaa heikentävästi vaikuttaa mielenterveyden ongelmat ja tällöin puhutaan tahdosta riippumattomasta hoidosta. Myös silloin, potilasta on toki kuultava ja hänen toiveitaan mahdollisuuksien mukaan on noudatettava. Tämä laki tukee potilaan oikeutta päättää omasta elämästään ja tähän perustuu myös Trialogi-seminaarin yksi tärkeimmistä tavoitteista. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa mainitaan kunnioitus itsemääräämisoikeutta kohtaan, salassapitovelvollisuus, potilaan kuuntelu ja keskinäinen luottamus (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

Menetelmänä Trialogi keskittyy koherenssin tunteen eli elämänhallinnan tunteen vahvistamiseen hyväksymällä asiakkaan ja omaisten kokemusperäisen ja asiantuntijoiden asiayhteydessä esiin tulevan tiedon merkittäväksi osaksi terveydenhuollon asiakastapahtumaa. Trialogi-seminaari mahdollistaa asianomaiselle kokemuksen kuulluksi tulemisesta ja samalla se antaa mahdollisuuden omaiselle puhua omasta kokemuksestaan sairastuneen omaisena omana itsenään. (Karvinen 2012, 17.)

Trialogi on myös yhteisöllistä oppimista, jossa yhdistyy yhteisöllisyys, yhteiset tavoitteet ja ajatuksen voima (Paavola 2012, 116). Vuosina 2011–2015 Trialogi-seminaria on kehitetty opetus- ja oppimismenetelmäksi Hannoverin korkeakoulun (Hochschule Hannover, Saksa) ja Diakonia-ammattikorkeakoulun välisenä yhteistyönä. Yhteistyö on osoittanut, että vastavuoroisuutta, arvostusta ja molemminpuolista kohtaamista korostava Trialogi-seminaari mahdollistaa oppimisen toinen toisilta. (Karvinen & Laine 2015.)

## 5.2. Trialogin tavoitteet ja käytäntö

Trialogisessa vuorovaikutustapahtumassa hoitajalla on mahdollisuus tarkastella tilannetta oman ammattiroolinsa ulkopuolelta kuitenkin hyödyntäen sitä tietotaitoa, jota hänellä asiantuntijana tilanteesta on. Hoitaja voi myös ilmaista tunteitaan, kuten pettymystä, epätoivoa tai pelkoa, eikä hänen tarvitse pitäytyä ainoastaan ammatillisen tiedon soveltamisessa. (Karvinen 2012, 17.)

Trialogisen vuorovaikutustapahtuman hyötynä voidaan pitää mahdollisuutta tasa-arvoiseen, dialogiseen ja toivoa ylläpitävään kohtaamiseen asiakkaan, omaisen ja asiantuntijan välillä. Menetelmä korostaa jokaisen yhtäläistä arvoa ihmisenä ja osallisena, jossa kaikki ovat samanarvoisia. (Karvinen 2012, 17.) Dialogisuus puolestaan on kahden tai useamman ihmisen yhdessä ajattelua ja asioiden prosessointia. Hyvä dialoginen suhde perustuu avoimuuteen, jossa jokainen osallistuja voi sanoa mielipiteensä, vaikka olisikin asioista eri mieltä muiden kanssa. Tämä edellyttää tilanteelta turvallista ja tasa-arvoista suhdetta osallistujien kesken. (Haarakangas 2011, 141, 147–148.)

Trialogi-seminaarissa fasilitaattori eli keskustelun vetäjä toivottaa osallistujat tervetulleiksi seminaariin ja kertoo tapahtumien kulun sekä selvittää oman roolinsa keskustelussa fasilitaattorina. Joku osallistujista lukee Trialogi-seminaarin Kultaiset säännöt.

### Kultaiset säännöt

1. Luottamuksellisuus ja esille tulleiden asioiden salassapito ovat tässä tilaisuudessa tärkeä asia: Kaikki se, mitä täällä sanotaan, tulee myös jäädä tänne.
2. Trialogi-seminaarissa on mahdollisuus toistemme tasa-arvoiseen kohtaamiseen; olemalla samalla silmien tasolla. Yhteinen tavoitteemme on lisätä toistemme ymmärtämistä.
3. Jos haluat sanoa jotain, voit sanoa sen - jos et halua sanoa mitään, saat myös olla sanomatta mitään.
4. Täällä puhumme vain itsestämme ja omista kokemuksistamme.
5. Koska jokaisen kokemus on omakohtainen, emme arvostele sitä. Ei ole oikeaa kokemusta tai väärää kokemusta.
6. Sen vuoksi emme puhu ei-paikalla olevasta kolmannelle henkilölle ja pyrimme olemaan toisiamme kohtaan huomaavaisia.
7. Vältämme myös mainitsemasta ketään henkilöä nimeltä.

8. Voimakkaat tunteet saavat myös tilaa Trialogi-seminaarissa, joskaan emme salli ketään läsnä olevaa tai ei-paikalla olevaa henkilöä haukuttavan tai loukattavan.
9. Kuuntelemme toinen toisiamme.
10. Jotta kaikki osallistujat saavat halutessaan puheenvuoron, pidämme oman puheenvuoromme mahdollisimman lyhyenä.

(Laine 2015.)

Kultaisten sääntöjen jälkeen Trialogi-seminaarissa keskustellaan avoimesti ennalta päätetystä aiheesta. Sopivassa vaiheessa, niin ettei keskustelu katkea pahasti, pidetään kahvitauko, jonka jälkeen keskustelua vielä jatketaan. Keskustelun päätteeksi fasilitaattori tekee keskustelusta yhteenvedon ja osallistujia pyydetään täyttämään palautekysely. (Karvinen 2012, 18.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteena voi olla käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistaminen ja siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu itse produktista eli tuotoksesta, joka usein on kirjallinen, sekä raportista, josta selviää, mitä, miksi ja miten on tehty. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 65)

Toiminnallisella opinnäytetyöllä on tarkoituksena tuottaa uutta tietoa valitusta toiminnasta sekä kehittää sitä. Toiminta pyritään tekemään lähellä todellista rajapintaa ja tekijät osallistuvat siihen myös itse. (Heikkinen & Jyrkämä, 1999, 33, 40, 49.) Toiminnallisen opinnäytetyön produktin tekstiosuudesta tulee selvitä produktin kohde- sekä käyttäjäryhmä ja sen käyttötarkoitus sekä erityisluonne. Raportin osuus puolestaan on yhtenäinen ja johdonmukainen kirjallinen teksti. Siitä käy esiin, millainen työprosessi on ollut. Raportista selviää opinnäytetyön prosessi ja se, millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin siinä on päästy. Raportista tulee löytyä myös perustelut eli argumentit tuloksille, jotta opinnäytetyötä voidaan pitää luotettavana. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 65–66, 79–80.)

Toiminnallisen opinnäytetyön vaiheet etenevät suunnittelusta toimintaan. Suunnittelun on tarkoitus kehittää jotain uutta tai tehdä jokin toiminta uuden mallin mukaan. Toiminta on työstämisen varsinainen konkreettisen työn vaihe, jolle toivotaan jatkuvuutta. Toiminnan jälkeen on havainnoinnin vuoro. Havainnoissa tulee usein eteen toiminnan ongelmat, joita ratkotaan reflektointi vaiheessa osallisten kesken. (Kiviniemi 1999, 67–70.)

Toiminnallisen opinnäytteen tavoitteena voi olla kokonaisvaltainen tilanteen hahmottaminen, jonka tarkoituksena on ymmärtää ihmisten toimintaa tietyinlaisissa



tilanteissa ja tapahtumissa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on usein toimeksiantaja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16, 63–64). Omassa työssämme toimeksiantajaa ei ole, mutta tarjoamme opinnäytetyötämme seminaariin osallistuville yhteistyökumppaneillemme. Toivomme heidän mielenkiinnon heräävän Trialogi-seminaari menetelmän käyttämisenä työvälineenä.

## 6.2 Tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yksittäinen Trialogi-seminaari sen menetelmän tavoitteiden mukaisesti. Seminaarin tavoitteena oli kuntoutujien, opiskelijoiden, omaisten ja ammattilaisten aito kohtaaminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä kokemusten jakaminen samasta aiheesta mutta eri näkökulmasta.

Trialogi-seminaariin kokosimme yhteen pienen joukon mielenterveyskuntoutujia, mielenterveyskuntoutujien omaisia, opiskelijoita sekä alan ammattilaisia keskustelemaan avoimesti mielenterveyden hoidosta, perheiden osallisuudesta hoitoon ja vertaistuen merkityksestä kuntoutujille ja kuntoutujien omaisille.

Tavoitteenamme oli arvioida, olisiko tällaisella työmenetelmällä käyttöä mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisessa. Trialogi-seminaarissa jaoimme osallistujille palautekyselyt, joiden vastausten perusteella arvioimme, olisiko mielenterveyskuntoutujan kuntoutuksessa tarvetta vuorovaikutukselle eri osapuolten kesken.

Tavoitteenamme oli mahdollistaa osallistujille hyvässä vuorovaikutuksessa toteutettu oppimiskokemus, jonka avulla tietoisuus mielenterveyden ongelmista ja niiden kokemisesta niin kuntoutujan, omaisen kuin hoitohenkilökunnan näkökulmasta lisääntyisivät. Halusimme tarjota mielenterveyskuntoutujille ja mielenterveyskuntoutujien omaisille voimaannuttavan ja eheyttävän kokemuksen, sekä antaa heille mahdollisuuden tulla kuulluksi oman elämänsä asiantuntijoina. Pyrimme saamaan ihmiset keskustelemaan usein niin haastaviksi ja häpeällisiksi

koetuista asioista, koska koemme, että terveyspalveluilla olisi parantamisen varaa juuri asiantuntijoiden vuorovaikutuksen suhteen. Myös omaisten mahdollisuus keskustella omista näkemyksistään on usein hyvin vähäinen ja halusimme antaa tähän mahdollisuuden.

Tämän lisäksi halusimme oppia seminaarien järjestämistä yhteistyössä työelämän muiden tahojen kanssa, kuten erilaisten potilasjärjestöjen kanssa. Seminaarin järjestämisessä pyrimme oppimaan organisointi-, arviointi-, yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Järjestäessämme toiminnallisen opinnäytetyön, tavoitteenamme oli oppia rajaamaan toimintaan liittyvää teoriapohjaa aiheeseen sopien. Rajaaminen on yksi keskeisimpiä työtehtäviä opinnäytetyötä tehdessä ja lisäksi selkeä opinnäytetyö vastaa kahteen tai kolmeen kysymykseen tai tehtävään (Hakala 1998, 39–40).

### 6.3 Kohderyhmä

Kutsuimme mielenterveyskuntoutujia mielenterveyden hyvinvointia edistävästä yhdistyksistä, hoitohenkilökuntaa harjoittelupaikoistamme psykiatrian kentiltä ja alan opiskelijoita ja järjestääksemme Trialogi-seminaarin, opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden. Lähetimme alustavan kyselyn FinFami Uusimaa ry:lle, Mielenterveyden keskusliitolle, KoKoA:lle ja Mieli maasta ry:lle. Yksittäisiä hoitoalan ammattilaisia erikoissairaanhoidosta ja yhdistyksistä, kutsuimme puhelimitse osallistumaan seminaariin. Puhelun aikana kerroimme Trialogi-seminaarin periaatteista ja muista osallistuvista tahoista. Opiskelijoita kutsuimme omasta opiskelijaryhmästämmme.

Ensimmäinen sähköposti yhteistyökumppaneille herätti suurta mielenkiintoa ja täten lähetimme heille sähköpostitse virallisen kutsun tilaisuuteen (Liite 1.) Yhdistykset tahoillaan levittivät tietoa kutsusta jäsenilleen, missä osallistujia pyydettiin ilmoittautumaan sähköpostitse meille eli tilaisuuden järjestäjille.

#### 6.4 Suunnittelu ja toteutus

Toimintatutkimuksen suunnittelussa on tärkeää toiminnan toteutumisen hyvä suunnittelu, joka vaatii paljon ajattelua ja asioiden hahmottamista. Suuri osa työstä on toiminnan arvioimista ja siinä, miten arviointi tehdään. Teoriassa uusi tapahtuma suunnitellaan ja sitten sen toimivuutta kokeillaan käytännössä. Tämän jälkeen toimintaa arvioidaan ja arvioinnin perusteella suunnitellaan toimintaa uudestaan, kunnes päästään hyvin toimivaan malliin. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78–79)

Varasimme tilat koululta ajoissa seminaaria varten. Kun varauksemme oli vahvistettu, lähetimme kutsun osallistujille sähköpostitse, sekä soitimme puhelinkutsut. Kerroimme kutsussa päivän aikataulun ja pyysimme osallistujia varmistamaan saapumisensa. Peruuntumiset pyysimme ilmoittamaan sähköpostitse mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Trialogi-seminaariin ilmoittautuneita oli 12, kun tavoitemäärä oli 10–15 henkilöä.

Hankimme seminaariin tarjoilut omakustanteisesti. Teimme valmiiksi opaskyltit ohjaamaan osallistujat oikeaan tilaan. Saavuimme koululle tuntia ennen Trialogi-seminaarin alkua. Opaskyltit kiinnitimme näkyville paikoille koulun seiniin. Järjestimme tuolit ympyrän muotoon luokkahuoneessa ja luokan seinustalle siirsimme muutamia tarjoilupöytiä, joille järjestimme kahvitarjoilun. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää kertoa hyvin konkreettisesti, miten käytännön toteutusta on viety eteenpäin tai miten tietoa on hankittu (Villka & Airaksinen 2004, 55).

Kun tilat oli järjestetty valmiiksi, toinen meistä lähti koulun aulaan vastaanottamaan osallistujia. Kun osallistujat olivat saapuneet paikalle ja kello oli 17.00, avasimme Trialogi-seminaarin suunnitelman mukaisesti. Esittelimme itsemme ja toivotimme osallistujat tervetulleiksi. Ennen seminaarin keskustelun alkamista, pyysimme yhtä osallistujaa lukemaan ääneen keskustelun Kultaiset säännöt kaikille osallistujille. Trialogi-seminaarissa fasilitaattorina eli keskustelun johtajana toimi toinen meistä järjestäjistä. Fasilitaattorin avattua seminaari ja kerrottua keskus-

telun aiheet, oli keskustelu vapaata. Fasilitaattorin ei tarvinnut alustaa keskustelua mitenkään, vaan keskustelu lähti heti sujuvasti liikkeelle. Ensimmäinen aiheemme oli mielenterveyden hoito sekä perheiden ja läheisten osallisuus hoitoon. Toinen aiheemme oli vertaistuen merkitys kuntoutujalle ja läheisille.

Fasilitaattorin tehtävänä oli jakaa puheenvuorot, niin että jokainen sai puhua omalla vuorollaan. Puheenvuoroa ohjeistettiin pyytämään kättä nostamalla. Keskusteluun sai osallistua tai vain kuunnella, jos ei halunnut puhua. Osallistujat saivat kertoa keitä ovat, mutta jokaisella oli myös oikeus osallistua keskusteluun anonymisti. Muille seminaariin osallistujille ei siis tarvinnut kertoa itsestään mitään. Keskustelun tuli olla avointa ja tasa-arvoista. Keskustelu sai laajentua aiheen ulkopuolellekin.

Keskustelu lähti hyvin käyntiin yhden osallistujan pyydettyä heti puheenvuoroa. Tämän jälkeen fasilitaattori sai olla tarkkana, koska osallistujat pysyivät puheenvuoroja tiiviiseen tahtiin. Runsaasta keskustelusta huolimatta puheenvuorot pysyivät kuitenkin sopivan mittaisina ja jakautuivat tasaisesti. Trialogi-seminaari edellyttää anonymiyyttä. Osa henkilöistä halusi tuoda esiin oman statuksena, mutta osa jätti sen kertomatta. Tämän vuoksi vain osa keskustelusta on henkilöitynyt. Anonymiyyden vuoksi, emme myöskään voineet kirjoittaa muistiinpanoja ylös keskustelusta, saati kuvata tilaisuutta.

Puolessa välissä seminaaria fasilitaattori kokosi keskustelun herättämät keskeisimmät asiat kokonaisuudeksi. Keskustelussa kävi ilmi, kuinka haastavaa mielenterveysongelmien hoidossa on ottaa kuntoutujan omaisia ja läheisiä mukaan, koska tämä riippuu siitä, haluaako kuntoutuja itse läheisiään mukaan hoitoon. Kokemuksemme mukaan sairauden ollessa esimerkiksi psykoosi vaiheessa, saattaa kuntoutuja, osittain itsekään ymmärtämättä, kieltää läheistensä osallisuuden hoitoonsa. Kuntoutujan tulee olla oman elämänsä subjekti, jotta kuntoutumisprosessi voi kunnolla alkaa ja hänen tulee tietää ja olla itse päättämässä omista asioistaan (Hietanen & Lemberg 2012, 25). Kutenkin kokonaisuuden kannalta olisi erittäin tärkeää, että lähipiiri voisi olla hoidossa mukana tukemassa.

Edelleenkin mielenterveyskuntoutuja saattaa kokea häpeää sairastumisestaan tai ei halua huolestuttaa läheisiään. Läheisillä oli kova huoli, kun he eivät tieneet missä vaiheessa sairautta ollaan menossa ja miten he voisivat parhaiten olla avuksi. Heidän mielestä tietämättömyys oli pahinta. Läheiset nostivat esiin sen, kuinka tärkeää heidän olisi tietää kuntoutuja sairaudesta ja sen hoidosta. Eri perhetyön muodoista perhekeskeisen työn rinnalla puhutaan usein verkostotyöstä (Koskisuus & Kulola 2005, 194–195). Verkostokeskeisentyön lähtökohtana on se, että kuntoutujalla on elämässään muitakin ihmisiä kuin hänen perheensä. Nämä verkoston ihmiset voivat tarjota apuaan ja tukeaan kriisitilanteessa ja toimia eräänlaisena puskurina. Monesti kuntoutuja kokee perheen tärkeimmäksi verkostoksi. (Koskisuus & Kulola 2005, 1195–196.)

Yhteenvedon jälkeen aloitimme 15 minuutin kahvitauon, jolloin kehoitimme osallistujia nauttimaan tarjoilusta ja neuvoimme, missä wc:t sijaittivat. Vapaata keskustelua riitti myös kahvitauon aikana. Tauon jälkeen keskustelu jatkui fasilitaattorin avaamana vertaistuen merkityksestä kuntoutujalle ja läheisille. Keskustelu lähti taas sujuvasti liikkeelle, eikä fasilitaattorin tarvinnut avata aihetta sen enempää. Aiheesta löytyi paljon erilaisia näkemyksiä.

Pääpiirteittäin vertaistuesta nousi esiin, kuinka tärkeänä kuntoutujat kokivat toivon merkityksen vertaistuen kautta. Omaisten näkökulmasta nousi esiin vertaistuen tarjoamisen tärkeys, omaiset kokivat sen olevan ehkä runsaampaa nykyään aiempaan verrattuna. Pohdintaa aiheutti omaisilla vertaistuen saamisen ajankohta, lähinnä se, milloin omainen on valmis ottamaan vertaistukea vastaan. Lisäksi heräsi kysymys siitä, ettei omainen välttämättä ole edes ymmärtänyt tarvitsevänsä vertaistukea ennen kuin on sitä saanut. Hoitajien näkökulmat hieman poikkesivat toisistaan, riippuen siitä missä he työskentelivät. Akuuttiosaston hoitaja sanoi tilaisuutta erittäin mielenkiintoiseksi ja ajatuksia herättäväksi. Hänen mielestä kaikkien hoitajien olisi hyvä nähdä ja kuulla mitä ihmisille tapahtuu akuuttihoitoa jälkeen. Vaikka moni hoitaja teoriassa tietää potilaan hoitopolun, on mielenkiintoista ja opettavaista kuulla se suoraan kuntoutujalta. Kuntoutujien mielipiteet keskustelun annista olivat yhtenäisiä. He kaikki olivat sitä mieltä, että vertaistukea ei koskaan ole liikaa.

Tilaisuuden päättyessä suunnitellusti kello 19.00 pyysimme osallistujia täyttämään palautekyselyn (Liite 2.). Moni osallistujista jäi vielä seminaarin jälkeen keskustelemaan kanssamme ja saimme suullisesti tilaisuudesta hyvää palautetta. Näiden keskustelijoiden joukossa oli yksi henkilö joka ei itse seminaarissa sanonut mitään, mutta tilaisuuden lopussa kertoi, että piti tilaisuutta mielenkiintoisena, vaikka ei ollut halunnut osallistua keskusteluun.

Toiminnallinen opinnäytetyö ei aina onnistu suunnitelmien mukaisesti (Vilkka & Airaksinen 2004, 161). Ennen Trialogi-seminaarin toteuttamista mietimme, saammeko herätettyä mielenkiintoa niin paljon, että saisimme riittävästi ihmisiä seminaariin. Jos osallistujia ei olisi ilmoittautunut kuutta enempää, emme olisi järjestäneet seminaaria kyseisenä ajankohtana. Olisimme järjestäneet uuden seminaarin markkinoituamme seminaaria enemmän. Lisäksi huolenamme olivat osallistujien mahdolliset viimehetken peruuntumiset. Nämä riskit pyrimme minimoimaan sillä, että lähetimme avoimen kutsun yhteistyökumppaneillemme ja pyysimme kirjalliset ilmoittautumiset seminaariin osallistujilta. Varauduimme myös siihen, että osallistujia saapuu paikalle ilmoittautumisia enemmän. Luokkatila, istumapaikat ja tarjoilut sekä palautekyselyt olisivat riittäneet isommallekin osallistujamäärälle.

Kolmas huolesti meitä ihmisten alkujännitys, jolloin keskustelu ei olisi lähtenyt käyntiin. Uskoimme kuitenkin, että fasilitaattorin avulla saisimme keskustelun avattua. Jos keskustelu ei olisi kuitenkaan lähtenyt käyntiin, fasilitaattorin tehtävänä olisi ollut johdatella osallistujia aiheen piiriin.

## 6.5 Palaute seminaarista

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on mielekästä kerätä palautetta kohderyhmältä tavoitteiden saavuttamisen arviointiin oman arvioinnin lisäksi. Palaute voi liittyä esimerkiksi tapahtuman onnistumisesta. (Vilkka & Airaksinen 2004, 157.) Toteutimme osallistujille palautekyselyn seminaarin päätteeksi ja analysoimme

Trialogi-seminaarin toimivuutta menetelmänä mielenterveyskuntoutujan, omaisen ja ammattilaisen näkökulmasta. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla arvioimme Trialogi-seminaaria työmenetelmänä mielenterveyspotilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan välisenä vuorovaikutustapahtumana.

Seminaarin jälkeen aloitimme palautelomakkeiden tarkastelun. Kirjoitimme kaikki palautelomakkeista saadut vastaukset yhtenäiseen muotoon, vastaajien mukaan sanatarkasti. Sillä tavalla materiaalia oli helpompi tulkita ja materiaalimme oli sen verran suppea, että siitä oli helppo tarkastella tuloksia. Koodasimme materiaalin yksinkertaisesti graafiseen muotoon. Koodaamisella tarkoitetaan aineiston tiivistämistä, tällöin aineistosta tulee esiin oleellisimmat asiat (Kananen 2014, 103). Tämän jälkeen aloitimme aineiston tarkastelun. Sen avulla oli tarkoitus selvittää Trialogi-seminariin osallistuneiden ihmisten kokemuksia ja mielipiteitä seminaarin tarpeellisuudesta. Mahdollisten tulevien seminaarien aiheet olivat yksi kartoituksen kohde.

Seminaariin osallistui yhdeksän henkilöä ja näin ollen saimme tarkasteltavaksi yhdeksän arviointilomaketta. Kolme etukäteen ilmoittautuneista osallistujista jäi pois, yksi heistä ei ilmoittanut ennakoon osallistumisensa peruuntumisesta. Osallistujat jakautuivat seuraavasti: kolme kuntoutujaa, kolme hoitajaa, kaksi kuntoutujan omaista ja yhdessä lomakkeessa vastaaja oli jättänyt statuksen kohdan tyhjäksi. Trialogin-seminaarin yksi pääsäännöistä on anonyymiyys, jota kunnioitimme niin, ettemme katsoneet, kuka palautti arviointilomakkeen milläkin statuksella. Näin ollen osallistujien statukset eivät henkilöityneet meille, eikä muille osallistujille. Statuksen halusimme kuitenkin laittaa lomakkeeseen, jotta näkisimme eroavatko vastaukset statuksesta riippuen. Olimme päättäneet tarkastella aineistoa palautelomakkeen kysymysten sekä vastaajien statuksen mukaan. Jokaisen kysymyksen arvioinnin alapuolelle, olemme koonneet muutamia lauseita suorana lainauksena palautelomakkeista.

Lomakkeista kävi ilmi, että vastaajat olivat joko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä seminaarin antiin. Vastauksista tuli hyvin esille osallistujien mielenkiinto aiheita

kohtaan, tilanteen aito ja luottamuksellinen tunnelma, sekä osallistujien monipuoliset taustat. Olemme koonneet vastauksia graafisesti numeraalisten arviointien mukaan. Hoitajien arvioinneista esiin nousi mielenkiinto aiheita kohtaan sekä osallistujien taustoista johtuvat erilaisuutta korostavat näkökulmat. Omaiset nostivat esille aiheen mielenkiintoisuuden ja avoimen sekä luottamuksellisen tunnelman. Kuntoutujien näkökulmasta ryhmä oli sopivan kokoinen ja heistä oli hyvä kuulla erityisesti omaisten edustajien näkemyksiä asioista.

*”Erinomaista ja aitoa keskustelua”*

*”Eri alan ihmiset, hyvät keskustelut”*

*”Ryhmä oli sopivan kokoinen”*

Aiheina seminaarissa oli perheiden ja läheisten osallisuus hoitoon sekä vertais-tuen merkitys kuntoutujalle ja läheiselle. Aiheita osallistujat pitivät hyvinä. Hoitajien näkökulmasta nousi esiin heidän ammatillinen mielenkiinto aiheita kohtaan ja aiheet herättivät heissä pohdintaa. Omaisista oli mielenkiintoista kuulla kuntoutujien kertomuksia omista kokemuksista ja heidän omaisten osallisuudesta hoitoon. Kuntoutujat nostivat esille omaisten tuen tärkeyden hoidon yhteydessä. Numeraalinen kooste löytyy vastauksista.

*”Aiheet olivat sellaisia, jotka koskettivat omia kokemuksia”*

*”Tärkeitä aiheita joita pitäisi pohtia enemmän omassa työssä”*

*”Selkeät, osuvat aiheet, ei liikaa teemoja”*

Tiedustelimme, mistä muista aiheista osallistujat toivoisivat pidettävän vastaavaa seminaaria. Tähän saimme paljon erilaisia aiheita, jotka liittyvät läheisesti tämän seminaarin aiheisiin, kuten ahdistuneisuushäiriöt ja päihteet. Hoitajat toivoivat lisää keskustelua hoitaja – kuntoutuja dialogisuudesta sekä kuntoutujan kuuntelemisesta. Omaiset kokivat tärkeänä keskustelun aiheena, miten he voisivat osallistua paremmin hoitotyöhön ja kuntoutukseen. Kuntoutujien toiveena oli kaikkea mielenterveyteen liittyvää.

*”Työllistymisestä mielenterveyskuntoutujana”*

*”Samasta aiheesta voisi puhua lisääkin”*



*”Kiinnostaisi erityisesti puhua lisää siitä, miten omaiset voisivat olla mukana hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Mitä konkreettista tukea kuntoutujat kaipaavat.”*

Paljon positiivista palautetta sai se, että seminaariin osallistui niin kuntoutujia, hoitajia kuin omaisia. Kaikki olivat erittäin tyytyväisiä asiaan, yhtä vastaajaa lukuun ottamatta, joka oli hyvin tyytyväinen asiaan. Hoitajien mielestä se toi monia eri näkökulmia hyvin esiin. Omaiset olivat samaa mieltä ja toivoivat enemmän opiskelijoita osallistumaan. Kuntoutujien mielestä syntyi hyvää keskustelua ja he pitivät kaikkien näkökulmia asioissa tärkeinä.

*”Kokemusasiantuntijat iso plussa. En ole aiemmin kuullut heidän näkökulmia.”*

*”Hyvä että oli eri osapuolia, jotka toivat oman näkemyksensä.”*

*”Tarvitaan kokemusta/näkemyksiä eri ryhmiltä.”*

Kysyessämme halukkuutta osallistua uudelleen tämän kaltaiseen seminaariin, saimme vain myöntäviä vastauksia. Hoitajien positiivisena näkemyksenä oli tapahtuman opettavaisuus ja mielenkiintoisuus. Omaiset kertoivat tapahtuman antoisuudesta varsinkin muissa asemissa olevien näkökulmista. Kuntoutujat kertoivat saavansa paljon muiden kokemuksista.

*”Kiva kuulla oman työn kannalta eri näkökulmista puheenvuoroja.”*

*”Koen että ne ovat mielenkiintoisia ja antoisia, haastavat älyllisesti.”*

*”Oli antoisaa kuulla muiden (vertaisten ja muussa asemassa olevien) näkemyksiä.”*

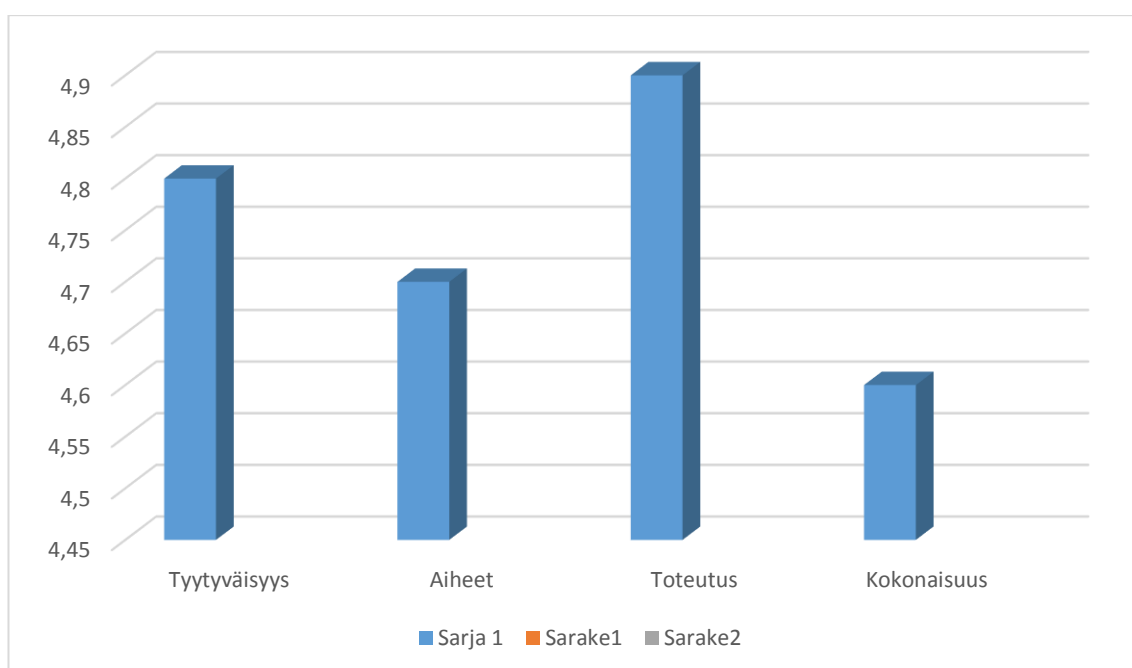
Kysyttäessä mielipidettä seminaarin kokonaisuudesta kävi selville tämän kaltaisten keskustelutilaisuuksien järjestämisen tarpeellisuus, vertaistuen merkitys ja ihmisten tarve puhua kipeistäkin asioista. Tässä kohdassa ei ollut eroja riippuen siitä, kuka kohtaan vastasi. Yksi arviointilomake oli tältä kohdalta tyhjä.

*”Hyvät järjestelyt, monipuolinen osallistujakunta.”*

*”Tämän kaltaista vertaistoimintaa tarvitaan aina.”*

*”Lisää näitä, kiitos!”*

Yhteenvedona palautelomakkeen arvioista Trialogi-seminaarin osallistujien tyytyväisyyttä, seminaarin aiheita, sen toteutusta ja kokonaisuutta olemme tehneet graafisen taulukon arvoasteikkoineen (kuvio 1).



kuvio 1

Kuvion 1 mukaisesti osallistujien tyytyväisyys seminaarin antiin oli keskiarvoltaan 4,8 arvoasteikon ollessa 1-5. Seminaarin aiheet olivat keskiarvoltaan 4,7, monipuolisen osallistujakunnan toimivuus arvioitiin keskiarvolla 4,9 ja seminaarin kokonaisuus sai keskiarvon 4,6.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön pohdinta

Ajatus yhdessä työstettävästä opinnäytetyöstä heräsi, kun huomasimme molempien olevan kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä. Aihe opinnäytetyöhön syntyi, kun osallistuimme samalla periaatteella koulumme järjestämään Trialogi-seminaariin, joka oli tarkoitettu pitkäaikaissairaille. Ajattelimme, että tulevana hoitoalan ammattilaisina psykiatrian saralla oppisimme uusia näkemyksiä mielenterveyden ongelmista ja niiden hoitamisesta mielenterveyskuntoutujien, mielenterveyskuntoutujien omaisten ja jo työelämässä työskentelevien ammattilaisten omien kokemusten perusteella.

Opinnäytetyö lähti etenemään siitä, kun kyselimme lisätietoa teorian riittävydestä Trialogi-seminaarin pitkäaikaissairaille koululla järjestäneiltä opettajilta. Olimme tietoisia, että aiheesta löytyy paljon saksankielistä materiaalia, mutta pohdimme riittääkö materiaalia tarpeeksi suomenkielellä. Olimme tietoisia myös siitä, ettei Trialogi-seminaarista löydy myöskään englanninkielistä teoriaa, mutta oheisteoria vertaistuesta, dialogisuudesta ja mielenterveyskuntoutuksesta riittäisi tähän työhön. Koimme haastaviksi työn teorian rajaamisen, sillä oheisteoriaa löytyi runsaasti. Suurin osa opinnäytetyömme teoriasta on ajankohtaista ja tuoretta tietoa.

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen esittämällä ideapaperin opinnäytetyöseminaarissa alkuvuodesta 2016. Tämän jälkeen aloitimme etsimään yhteistyökumppaneita sähköpostitse. Yllätyimme positiivisesti aiheen herättämästä mielenkiinnosta yhteistyökumppaneidemme keskuudessa. Ensimmäiset ilmoittautumiset seminaariin saimme jo keväällä ja se vahvisti uskoamme opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden onnistumisesta, sillä huolenamme alusta asti oli ollut osallistujamäärän riittävyys. Toisaalta olimme myös miettineet, järjestäisimmekö kaksi erillistä seminaaria ja vertailisimme näiden kahden tapahtuman kesken

Trialogi-seminaarin toimivuutta vuorovaikutustilaisuutena. Päädyimme kuitenkin suunnitelmaan, että järjestäisimme ainoastaan yhden seminaarin.

Esittelimme opinnäytetyön suunnitelman loppukeväästä 2016, missä oli jo päätettynä järjestettävän Trialogi-seminaarin päivämäärä 27.9.2016. Lähetimme yhteistyökumppaneillemme kutsun Trialogi-seminariin kesän alussa ja lisäksi kutsuimme seminaariin hoitoalan ammattilaisia ja opiskelijoita.

Kesän aikana työstimme teoriaosuutta sekä palautekyselyn, jonka esittelimme elokuussa 2016 opinnäytetyöseminaarissa. Saimme todella rakentavaa palautetta opponoijilta ja sen pohjalta muokkasimme palautekyselyn lähes kokonaan uudennaiseksi. Tämä herätti ajatuksia opponoijen tärkeydestä opinnäytetyön kehittämisessä. Huomasimme, kuinka tärkeää on saada ulkopuolisilta palautetta opinnäytetyön aikana.

Opinnäytetyö eteni toiminnallisen osuuden, eli Trialogi-seminaarin järjestämiseen. Saimme osallistujilta ilmoittautumisia viimeiseen ilmoittautumispäivämäärään mennessä mielestämme riittävästi, eli 12 henkilöä oli osallistumassa tilaisuuteen. Opiskelijoilta saimme suulliset ilmoittautumiset ja muilta kirjalliset ilmoittautumiset. Viikkoa aikaisemmin yksi Trialogi-seminariin kutsutuista opiskelijoista ilmoitti, ettei pääsekään osallistumaan seminaariin. Trialogi-seminaarin alettua paikalle ei saapunutkaan kuin yhdeksän henkilöä. Näin ollen jäimme täysin ilman opiskelija osallistujia. Ensin tilanne harmitti, mutta loppujen lopuksi ryhmän koko olikin riittävä. Tästä saimme myös positiivista palautetta palautekyselyissä osallistujilta. Opimme sen, että vastaavanlaisia mahdollisia tilaisuuksia järjestäessämme tulevaisuudessa, emme sovi asioita vain suullisesti vaan pyydämme kirjallisen vahvistuksen osallistumisesta kaikilta kutsutuilta.

Vaikka muokkasimme palautelomakkeen kysymyksiä saamamme rakentavan palautteen mukaan, mietimme jälkikäteen, että olisimme voineet lisätä lomakkeeseen vielä kohdan ”Mitä palautetta olisitte vielä halunneet antaa koskien seminaaria?” Tämä kysymys olisi saattanut antaa vielä laajempaa näkökulmaa Trialogi-seminaaristamme ja sen käyttämisestä työmenetelmänä.

Varsinaisen Trialogi-seminaarin järjestelyissä ei ilmennyt mitään erityistä, mitä emme olisi ottaneet huomioon. Kahvitarjoilu oli riittävä, tilat olivat sopivat, opastus tilan löytämiseksi osallistujille oli järjestetty hyvin ja tilanne sujui luontevasti. Trialogi-seminaarin luonteesta johtuen toinen opinnäytetyöntekijöistä oli suuremassa roolissa toimiessaan fasilitaattorina. Tämä oli tiedossamme myös etukäteen. Olimme positiivisesti yllättyneitä tilaisuuden sujuvuudesta. Iloitsimme siitä, kuinka tunteita herättävää keskustelu oli. Koimme tilaisuuden luottamusta herättäväksi ja tätä tuki osallistujien tunneskaalat aina itkusta nauruun saakka.

Toisaalta emme olleet hämmästyneitä Trialogi-seminaarin aiheuttamasta positiivisesta reaktiosta, koska alun perin Trialogi menetelmä on kehitetty psykiatriseen hoitotyöhön. Järjestämämme seminaari todisti sen toimivuutta juuri tälle kohderyhmälle. Toisaalta, seminaariimme osallistui vain pieni joukko mielenterveyskuntoutujia, omaisia ja hoitajia, joten menetelmän vaikuttavuudesta ei voida puhua yleisellä tasolla.

Mielenterveysongelmat ovat hyvin kokonaisvaltaisia ja vaikuttavat koko perheeseen. Näin ollen vertaistuen merkitys itse kuntoutujalle sekä omaisille on tärkeää. Järjestämässämme Trialogi-seminaarissa oli mielenkiintoista nähdä, kuinka tätä vertaistukea jaettiin kokijalta omaiselle sekä hoitajille ja päinvastoin. Se vahvisti tunnettamme kokemuksen jakamisesta myös muille osallisille. Esiin tuli, että kaikki osallistujat olivat tutustuneet alan kirjallisuuteen ja omiin vertaistukiryhmiin, mutta silti kaipaivat ja kokivat saavansa suoraan jaetusta vertaistuesta eri osallisilta, enemmän tietoa sekä ymmärrystä näihin asioihin. Mielestämme osallistujat kokivat olevansa tasavertaisia ja he myös kokivat tilaisuuden luotettavaksi ja avoimeksi. Dialogisuus toteutui hyvin, kaikki keskittyivät toisten kuuntelemiseen, antoivat puheenvuoroille arvostusta ja pohdiskeli asioita yhdessä tasa-arvoisesti vuorovaikutuksen kautta. Tämä vahvisti ajatustamme siitä, että Trialogi-seminaria voisi käyttää työmenetelmänä mielenterveyskuntoutujien keskuudessa.

Tarjoamme opinnäytettämme ja siihen liittyvää Trialogi-seminaria työmenetelmänä yhteistyökumppaneillemme lähettämällä valmiin opinnäytetyömme mu-

kana olleille tahoille sähköpostitse. Mielenterveyskuntoutujille ja mielenterveyskuntoutujien omaisille on vertaistukea tarjolla, mutta se kohdentuu useimmiten kuntoutujalta kuntoutujalle tai omaiselta omaiselle.

Järjestämämme Trialogi-seminaari osoitti, että vuorovaikutukselle on tarvetta eri osapuolten kesken ja kokemuksia eri näkökulmista voidaan jakaa omaiselta kuntoutujalle tai kuntoutujalta hoitajalle eli kaikkien osapuolten kesken. Kehittämisajatuksena jäimme pohtimaan Trialogi-seminaarin käytettävyyttä psykiatrisessa kuntouttavassa osastotyössä psykoedukaation tavoin. Sairauden ollessa kuntouttavan osastohoidon vaiheessa, kuntoutajat ovat usein vielä psyykkisesti hauraassa kunnossa, eivätkä välttämättä kokemuksemme mukaan jaksa käsitellä asioitaan kuin muutaman henkilön läsnä ollessa. Tästä syystä ryhmän koon tulisi olla pienempi ja aiheiden suppeampia. Näillä pienillä muutoksilla Trialogi-seminaari olisi varteenotettava vuorovaikutustilaisuus myös osasto-olosuhteissa. Toisaalta meissä on herättänyt ihmetystä se, että Trialogi-seminaaria menetelmänä on alettu kehittää jo 1970-luvulla Saksassa juurikin psykiatriseen hoitotyöhön, muttei se ole tässä muodossaan laajalle levinnyt.

## 7.2 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajina tulemme olemaan hoitotyön asiantuntijoita, joiden tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen on jaoteltu Erikssonin ym. (2015, 8) mukaisesti yhdeksään eri osa-alueeseen, joita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus.

Opinnäytetyön aikana olemme pyrkineet toteuttamaan sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja oppineet yhdistämään teoreettista sekä käytännön osaamista. Näitä osa-alueita olemme tarvinneet opinnäytetyömme onnistumiseksi. Hoitotyön

osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta monitieteistä tietoperustaa, kuten esimerkiksi ajantasaista lääketieteen ja farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden teoreettista osaamista (Eriksson ym. 2015, 11).

Eettisyys opinnäytetyössämme näkyy niin, että osallistuminen Trialogi-seminariin oli vapaaehtoista, siellä pystyi keskustelemaan anonyymisti tai kertomaan itsestään niin halutessaan. Eettisyys korostuu myös Trialogi-seminarin Kultaisissa säännöissä, joissa painotetaan vaitiolovelvollisuutta, tasa-arvoisuutta ja toisten huomioonottamista seminaarin aikana. Ihmiset pystyvät tuomaan oman äänensä kuuluville tämän tyyppisissä kohtaamisissa. Meidän opinnäytetyössämme eettisyys näyttäytyi myös niin, että pidimme palautekyselyissä kiinni osallistujien anonyymiydestä. Vastauksista ei pysty päättämään osallistujien henkilöllisyyttä. Erikssonin ym. (2015, 8) mukaisesti hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus kuuluvat sairaanhoitajan ammatillisuuteen.

Opinnäytetyön aikana olemme laajentaneet taitojamme tieteellisen tiedon etsimisessä ja osanneet hyödyntää ajankohtaisia lähteitä sekä erilaisia tiedonhakuportaatteja. Tämä on lisännyt ammatillista kasvuamme ajatellen työskentelyämme tulevaisuudessa hoitoalalla. Olemme työstäneet opinnäytetyötämme siis sairaanhoitajan vaatimusten mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön aikana olemme myös oppineet sovittamaan aikatauluja yhteen pitkällä ajanjaksolla. Olemme kuitenkin kokeneet asioiden aikatauluttamisen helpoksi. Tähän on osaltaan vaikuttanut se, että sovimme jo alussa varaamamme työskentelyyn riittävästi aikaa ja pitävämme aikatauluista kiinni, sekä teimme selkeän työjaon. Toki työskentelyn aikana olemme joutuneet muuttamaan työnjakoa osittain, mutta onnistuneet pitämään työmäärän tasaisena.

Yhteistyötaitomme työelämän kanssa ovat kehittyneet, kun olemme ylläpitäneet kontakteja yhteistyökumppaneiden kanssa. Opinnäytetyön myötä opimme organisoimaan seminaarin aikataulun mukaisesti. Oli hienoa huomata, miten avoimesti ja innokkaasti yhteistyökumppanimme lähtivät mukaan opinnäytetyönä järjestettävään Trialogi-seminariin. Työmme myötä tunne oman ammatillisuuden

merkityksestä voimistui ja koimme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi ja ajan-kohtaiseksi aiheeksi. Trialogi-seminaarin onnistuminen ja runsaan positiivisen palautteen saaminen seminaariin osallistujilta, vahvisti käsitystä siitä, että oma ammatillisuus tulevana sairaanhoitajana on vahvistunut ja kehittynyt opinnäytetyön myötä.

Koimme opinnäytetyön tekemisen parina luontevaksi ja hyödylliseksi. Työskentelyn aikana opimme refleктоimaan toimintaamme toistemme kautta ja näin ollen pystyimme antamaan toinen toisillemme rakentavaa palautetta koko prosessin aikana. Työskentely parina onnistui hienosti ja koimme saavamme tuoda esiin omia näkökulmia tasapuolisesti. Pystyimme luottamaan toisiimme ja opinnäytetyön tekeminen yhdessä sujui mutkattomasti ja toinen toisiamme tukien. Tutustuimme toisiimme paremmin prosessin myötä ja tämä vahvisti jo alkanutta ystävyyttämme.



## LÄHTEET

- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen, Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus–hanke. Helsinki: Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 16.12.2016. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Falk, Hanna; Kurki, Marjoi; Rissanen, Päivi; Kankaanpää, Sini & Sinkkonen, Nina 2013. Kuntoutujasta toimijaksi–kokemus asiantuntijuudeksi. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 28.9.2016 .[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN\\_ISBN\\_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1)
- Haarakangas, Kauko 1999. Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli. Teoksessa Kauko Haarakangas ja Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä, 187–195.
- Haarakangas, Kauko 2011. Voimistava läsnäolo: Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hakala, Juha T. 1998. Opinnäyte luovasti: Kehittämisen- ja tutkimustyön opas. Helsinki: Gaudeamus.
- Hankkila, Kati 2012. Kokemusasiantuntijat kertojina. Teoksessa Kati Hankkila (toim.) Epävakaudesta elämään, Kokemusasiantuntijat ja ammattilaiset kertovat. Espoo: Prometheus, 11–13.
- Heikkinen, Hannu L.T. & Jyrkämä, Jyrki 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Hannu L.T. Heikkinen, Rauno Huttunen, Pentti Moilanen

- (toim.) Siinä tutkija missä tekijä: toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 25–62.
- Heikkinen, Hannu; Rovio, Esa & Kiilakoski, Tomi 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Hannu, Heikkinen; Esa Rovio ja Leena Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78–93.
- Hietaharju, Päivi & Nuuttila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hietala, Outi & Rissanen, Päivi 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta: kokemusasiantuntija - hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten ja kajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Helsinki: Kuntoutussäätiö: Mielenterveyden keskusliitto 2015, 19–28.
- Hietanen, Ulla & Lemberg, Katja 2012. Portaatt projekti – jatkuvuutta pirstaleiseen palvelujärjestelmään. Teoksessa Anna-Liisa Lämsä (toim.) Miltä musta tuntuu? Masennus ja siitä toipuminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 23–43.
- Huttunen, Matti 2015. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Terveyskirjasto. Viitattu 3.10.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p\\_artikkeli=dlk00555](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=dlk00555)
- Hänninen, Vilma 2009. Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa Susanna Hyväri ja Markku Salo (toim.) Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 17–27.
- Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: miten kirjoitan opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karvinen, Ikali & Laine, Eva 2015. Trialogi-seminaari pedagogisen muutoksen mahdollistajana. AMK-lehti / Journal of Finnish Universities of Applied Sciences, No 4. Viitattu 14.3.2016 [https://arkisto.uasjournal.fi/uasjournal\\_2015-4/karvinen.html](https://arkisto.uasjournal.fi/uasjournal_2015-4/karvinen.html)
- Karvinen, Ikali 2012. Trialogi-menetelmä tasa-arvoiseen asiakastyöhön ja terveysalan opiskeluun. Pro-terveys, Nro 4, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry, 16–19.
- Kiviniemi, Kari 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Hannu L.T. Heikkinen, Rauno Huttunen, Pentti Moilanen (toim.) Siinä

tutkija missä tekijä: toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 63–83.

Koponen, Tuija; Jähi, Rita; Männikkö, Miia; Lipponen, Varpu; Åstedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija 2011. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede* 2/2012. Kuopio, Hoitotieteiden tutkimusseura, 138–149. Viitattu 19.3.2015 <http://search.proquest.com/anna diak.fi:2048/docview/1023439878?accountid=27043>

Koskisu, Jari & Kulola Tarja 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.

Käypä hoito-suositus 2013. Viitattu 16.10.2016 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak02540>

Käypä hoito-suositus 2016. Viitattu 6.10.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>

Käypä hoito-suositus 2015a. Viitattu 6.10.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00074>

Käypä hoito-suositus 2015b. Viitattu 6.10.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>

Käypä hoito-suositus 2015b. Viitattu 5.10.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>

Laimio, Anne & Karnell, Sonja 2010. Vertaistoiminta-kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa Tanja Laatikainen (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA, 9–19.

Laine, Eva 2015. Kulaiset säännöt. Vapaa suomennos Trialogi-seminaarin säännöistä. Peine, Saksa 17.2.2015.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 8.12.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lemberg, Katja 2012. Kuntoutuksen kokemukset: Miltä musta tuntuu? Teoksessa Anna-Liisa Lämsä (toim.) Miltä musta tuntuu? Masennus ja siitä toipuminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 107–128.

Manninen, Jaana 1999. Mielenterveyskuntoutuja sosiaalihuollon asiakkaana. Teoksessa Kauko Haarakangas ja Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosiuuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä, 86–95.

- Mielenterveyden keskusliitto 2016. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 19.3.2016. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielen-terveydesta/>
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 11.1.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Paavola, Sami 2012. Dialoginen oppiminen. Teoksessa Liisa Ilomäki (toim.) Laatu e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Helsinki: Opetushallitus, 116.
- Repper, Julie & Carter, Tim 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of Mental Health 20/2011; 392–411. Viitattu 6.10.2016 <http://web.b.ebsco-host.com/anna diak.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=2e82b29a-1376-4956-a5ab-f1340fda4865%40sessionmgr104&hid=123>
- Rissanen, Päivi 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Viitattu 29.9.2016 [https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi\\_Rissanen.pdf](https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf)
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Viitattu 26.12.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Seikkula, Jaakko & Arnkil Tom Erik 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Seikkula, Jaakko & Haarakangas, Kauko 1999. Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa Kauko Haarakangas ja Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosi- uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä, 172–186.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Mielen hyvinvointi. Viitattu 19.3.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorinen, Hanna 2012. Vahva koherenssin tunne stressin aiheuttamalta astmalta suojaavana tekijänä. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 10.12.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84175/gradu06375.pdf?sequence=1>

## LIITE 1 Kutsu Trialogi-seminaariin

### TRIALOGI-SEMINAARI

**Vuorovaikutustapahtuma mielenterveyskuntoutujille, omaisille, hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille**

**Aika:** 27.9. 2016, klo 17.00–19.00

**Paikka:** Diakonia-ammattikorkeakoulu, Kyläsaarenkuja 2, 00580 Helsinki, luokka 332

**Tavoite:** Seminaarin tavoite on tuottaa kaikille osallistujille hyvä ja avoin vuorovaikutustilanne niin mielenterveyskuntoutujan, omaisen, hoitohenkilökunnan ja opiskelijan näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena on lisätä tietoisuutta mielenterveyskuntoutujien, omaisten, hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden omista kokemuksista sairastumisesta ja hoidon toteutumisesta ja näin ollen oppia uutta toinen toisiltaan.

**Ilmoittautuminen:** Sähköpostitse osoitteeseen [marinetta.tammisalo@student.diak.fi](mailto:marinetta.tammisalo@student.diak.fi) viimeistään 9.9.2016

**Kohderyhmä:** Mielenterveyskuntoutujat, mielenterveyspotilaiden/kuntoutujien omaiset, hoitohenkilökunta sekä sairaanhoitajaopiskelijat

**Järjestäjät:** Sairaanhoitajaopiskelijat Marika Naaramo ja Marinetta Tammisalo

### **OHJELMA**

17.00–17.45 Seminaarin avaus, jonka jälkeen keskustelua **mielenterveyden hoidosta, perheiden ja läheisten osallisuudesta hoitoon ja vertaistuen merkityksestä kuntoutujalle ja läheisille.**

17.45–18.00 Kahvitauko

18.00–18.45 Keskustelu jatkuu

18.45–19.00 Seminaarin päätös ja palautekysely

## LIITE 2 Palautekysely

**PALAUTEKYSELY**

**Osallistuitko seminaariin? (ympäröi vastauksesi)**  
**omaisena kuntoutujana hoitajana opiskelijana**

**Olitteko tyytyväinen seminaarin antiin?**

**Arvoasteikolla: En ollenkaan 1 2 3 4 5 Erittäin tyytyväinen**

**Lyhyt perustelu vastauksellenne? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**Mitä piditte seminaarin aiheista?**

**Arvoasteikolla: En pitänyt ollenkaan 1 2 3 4 5 Pidin paljon**

**Lyhyt perustelu vastauksellenne? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**Mistä muista aiheista toivoisitte vastaavaa seminaaria?**

\_\_\_\_\_

**Kuinka toimivana piditte, että seminaariin osallistui niin kuntoutujia, hoitajia, omaisia kuin opiskelijoitakin?**

**Arvoasteikolla: Ei toiminut 1 2 3 4 5 Toimi todella hyvin**

**Lyhyt perustelu vastauksellenne? \_\_\_\_\_**

---

**Haluaisitteko osallistua uudelleen tämän kaltaiseen seminaariin?**

**Kyllä, miksi?** \_\_\_\_\_

---

**En, miksi?** \_\_\_\_\_

---

**Mitä piditte seminaarista kokonaisuudessa?**

**Arvoasteikolla: Ei tarpeellinen 1 2 3 4 5 Erittäin tarpeellinen**

**Lyhyt perustelu vastauksellenne?** \_\_\_\_\_

---

**SYDÄMELLINEN KIITOS OSALLISTUMISESTANNE SEKÄ VASTAUKSISTANNE!**